

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
계획 조치 통지서  
웨이버 프로그램 가입 및 해제  
PLANNED ACTION NOTICE  
WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

수혜자의 이름과 주소

수혜자 대리인의 이름과 주소

DDD는 귀하의 홈 및 커뮤니티 기반 서비스 웨이버(Home and Community Based Services Waiver) 가입여부를 결정하였습니다.

웨이버 프로그램 가입																							
<input type="checkbox"/> 귀하는 다음 DDD HCBW 웨이버 프로그램 가입을 승인 받았습니다. <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> Community Protection Waiver  이 웨이버 가입 유효일자: _____ . 더 자세한 정보와 계획을 알아보려면 귀하의 케이스/자원 매니저(CRM)에게 전화하십시오.																							
CRM 이름	전화번호																						
웨이버 프로그램 해제																							
<input type="checkbox"/> 귀하는 이제 다음 DDD HCBW 웨이버 프로그램에 참가할 자격이 없습니다. <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Basic Plus <input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> Community Protection Waiver  웨이버 수혜자격 및 서비스에 대한 해제 시효일자: _____ . 해제 이유: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> 웨이버 자격 기준에 미달함</td> <td style="width: 40%;">WAC 388-845-0030</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 다른 DDD HCBS 웨이버에 현재 가입 중임</td> <td>WAC 388-845-0045; 0080; 3085</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 웨이버 서비스를 더 이상 필요로 혹은 사용하지 않음</td> <td>WAC 388-824-0030(6) 혹은 0060(2)(3)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Community Protection 웨이버에 가입되었으나 유자격 서비스 제공자(Community Protection Provider)로부터 서비스를 받지 않기로 선택하였음</td> <td>WAC 388-845-0060(4)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 수혜자 스스로 웨이버 가입을 해제하기로 선택하였음</td> <td>WAC 388-845-0060(5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 타주에서 거주함</td> <td>WAC 388-845-0060(6)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 연례 수혜자격 재평가를 실시하는 데 있으 귀하의 거주지를 알 수 없거나 만날 수가 없음</td> <td>WAC 388-845-0060(7)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 서비스 계획이나 품질 보장 혹은 상태 확인을 위한 활동에 참가하기를 거부함</td> <td>WAC 388-845-0060(b)(c)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 치료 계획서에 수혜자가 동의한 건강과 안전 부합에 필요한 서비스를 거부함</td> <td>WAC 388-845-0060(c)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 공공시설에 거주하고 있음</td> <td>WAC 388-845-0060(9)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 웨이버로 제공되는 그 이상의 서비스를 받아야 할 필요가 있음</td> <td>WAC 388-845-0000 혹은 3085</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 웨이버 자격 기준에 미달함	WAC 388-845-0030	<input type="checkbox"/> 다른 DDD HCBS 웨이버에 현재 가입 중임	WAC 388-845-0045; 0080; 3085	<input type="checkbox"/> 웨이버 서비스를 더 이상 필요로 혹은 사용하지 않음	WAC 388-824-0030(6) 혹은 0060(2)(3)	<input type="checkbox"/> Community Protection 웨이버에 가입되었으나 유자격 서비스 제공자(Community Protection Provider)로부터 서비스를 받지 않기로 선택하였음	WAC 388-845-0060(4)	<input type="checkbox"/> 수혜자 스스로 웨이버 가입을 해제하기로 선택하였음	WAC 388-845-0060(5)	<input type="checkbox"/> 타주에서 거주함	WAC 388-845-0060(6)	<input type="checkbox"/> 연례 수혜자격 재평가를 실시하는 데 있으 귀하의 거주지를 알 수 없거나 만날 수가 없음	WAC 388-845-0060(7)	<input type="checkbox"/> 서비스 계획이나 품질 보장 혹은 상태 확인을 위한 활동에 참가하기를 거부함	WAC 388-845-0060(b)(c)	<input type="checkbox"/> 치료 계획서에 수혜자가 동의한 건강과 안전 부합에 필요한 서비스를 거부함	WAC 388-845-0060(c)	<input type="checkbox"/> 공공시설에 거주하고 있음	WAC 388-845-0060(9)	<input type="checkbox"/> 웨이버로 제공되는 그 이상의 서비스를 받아야 할 필요가 있음	WAC 388-845-0000 혹은 3085
<input type="checkbox"/> 웨이버 자격 기준에 미달함	WAC 388-845-0030																						
<input type="checkbox"/> 다른 DDD HCBS 웨이버에 현재 가입 중임	WAC 388-845-0045; 0080; 3085																						
<input type="checkbox"/> 웨이버 서비스를 더 이상 필요로 혹은 사용하지 않음	WAC 388-824-0030(6) 혹은 0060(2)(3)																						
<input type="checkbox"/> Community Protection 웨이버에 가입되었으나 유자격 서비스 제공자(Community Protection Provider)로부터 서비스를 받지 않기로 선택하였음	WAC 388-845-0060(4)																						
<input type="checkbox"/> 수혜자 스스로 웨이버 가입을 해제하기로 선택하였음	WAC 388-845-0060(5)																						
<input type="checkbox"/> 타주에서 거주함	WAC 388-845-0060(6)																						
<input type="checkbox"/> 연례 수혜자격 재평가를 실시하는 데 있으 귀하의 거주지를 알 수 없거나 만날 수가 없음	WAC 388-845-0060(7)																						
<input type="checkbox"/> 서비스 계획이나 품질 보장 혹은 상태 확인을 위한 활동에 참가하기를 거부함	WAC 388-845-0060(b)(c)																						
<input type="checkbox"/> 치료 계획서에 수혜자가 동의한 건강과 안전 부합에 필요한 서비스를 거부함	WAC 388-845-0060(c)																						
<input type="checkbox"/> 공공시설에 거주하고 있음	WAC 388-845-0060(9)																						
<input type="checkbox"/> 웨이버로 제공되는 그 이상의 서비스를 받아야 할 필요가 있음	WAC 388-845-0000 혹은 3085																						

## 항소권

웨이버 수혜자격 해제에 동의하지 않을 경우 행정심의회를 요청할 권리가 있습니다.

웨이버 수혜자격 해제 이유가 단지 메디케이드 혹은 사회보장 장애혜택 수혜자격 미달로 인하여 결정된 것이라면 DDD를 상대로 웨이버 해제에 대해 항소할 권리가 없습니다. 귀하는 귀하의 수혜자격을 해제하기로 결정한 해당 기관을 상대로만 항소권이 있습니다.

심의회를 신청하시려면 본 통지서를 받은 날짜로부터 구십(90)일 이내에 신청하여야 합니다.

- 지금 현재 유급 웨이버 서비스를 받고 있고 항소를 하는 기간 중에 웨이버 수혜자격으로 해당 서비스를 계속 받기를 원한다면 반드시 행정 심의회를 다음 날짜까지 신청하여야만 합니다.
- 유급 서비스를 계속 받기로 선택하신 후 최종 결정이 당국의 승소로 판결이 날 경우 유급 서비스의 60일 분에 해당하는 금액을 환불해야 할 것입니다.
- 귀하의 유급 서비스를 중단하기를 원하면 그에 대한 서신을 아래로 연락하십시오.

케이스/자원 매니저

전화번호

귀하는 다음 권리를 행사하실 수 있습니다.

1. 대변인을 대동할 권리(무료 법률 지원을 받을 자격이 있을 수도 있음)
2. DDD에서 본 결정을 하는 데 사용 검토한 귀하의 파일이나 모든 정보의 사본을 요청할 권리
3. 증거서류를 제출할 권리
4. 심의회에서 증언을 하거나 본인 대신 다른 사람을 증인으로 내 세울 권리, 및
5. 당국을 위해 나온 증인에게 반대 심문할 권리

행정심의회 신청서는 이 서신에 동봉되어 있습니다.

## 질문이 있으십니까?

수혜자격 결정이나 항소권에 관해 질문이 있으시면 아래로 연락하십시오.

이름	전화번호	지역 사무소
----	------	--------



계획조치 통지서  
(PLANNED ACTION NOTICE)  
DDD 웨이버 프로그램 가입 및  
해제 심의회 신청서  
제 388-02항에 따른 DSHS 심의회 규정

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

우송주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스: 360-586-6563

본인은 발달장애부(DSHS)에서 결정한 다음 서비스에 동의하지 않음으로 심의회를 신청합니다.

이름(정자체로 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
행정심의회 신청인의 주소	수혜자 ID 번호	
시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)		<input type="checkbox"/> 메시지 수신 전화

통지서를 받은 날짜 : \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ DSHS 사무실 및 주소 \_\_\_\_\_

수혜자격이 된다면 계속 지원을 받기를 원합니까? ☐ ☐ 아니요 프로그램: \_\_\_\_\_

신청인의 대변인에 관한 정보(스스로 대변할 경우 아래 칸은 그대로 두십시오).

대변인의 이름	기관	전화번호
주소	시	주
우편번호		

☐ 본인의 대변인은 본인의 심의회에 관한 정보를 입수할 수 있습니다.

신청인의 서명	날짜
---------	----

심의회에 통역관이나 기타 지원 혹은 도움이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

'예'일 경우 해당 언어나 필요한 지원을 기재하십시오. \_\_\_\_\_

행정법 판사(ALJ)는 일부 심의회를 전화로 개최할 수도 있습니다. 면담 방식의 심의회를 원할 경우 OAH에서 보내준 심의회 통지서의 지시사항을 준수하십시오.

## DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

### Completing the Form

#### 1. Waiver Enrollment:

- The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.

#### 2. Waiver Termination:

- The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
- When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.

#### 3. It is preferable that any:

- Service termination occurs the last day of the month, and
- Service reduction occurs the first day of the month.

#### 4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.

- Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

#### 5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.